Über extragenital acquirierte

Primäraffekte

an Kinn, Wangen, Ohren, behaartem Kopf und Stirn und anschliessend daran ein Fall von Initialsklerose an der rechten Wange.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Richard Otto Lurz

approb. Arzt

aus

Untereschenbach (Unterfrk.)

ACAD. LUDW. BAT. BIBL.

WÜRZBURG

Buchdruckerei F. Staudenraus (vormals Fleischmann)

1905.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:
Herr Geh. Rat Professor von Leube.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507204_0042

Die Syphilis ist eine Infektions-Krankheit, die am häufigsten auf geschlechtlichem Wege von Person zu Person übertragen wird. Die Eingangspforte für das syphilitische Virus befindet sich alsdann an den Genitalien, wo auch gewöhnlich der Sitz der Initialsklerose ist. Seltener als an den Genitalien ist der Sitz des Primäraffektes extragenital. Zwar hatte man schon kurz nach dem Auftreten der grossen Syphilisepidemie am Ende des 15. Jahrhunderts Syphilisübertragung auf extragenitalem Wege beobachtet, hatte deren Kenntnis jedoch bald wieder vergessen. Nachdem jedoch Fournier im Jahre 1881 auf die grosse Bedeutung der extragenitalen Übertragung der Syphilis hingewiesen hatte, wurde eine grosse Anzahl derartiger Fälle in der Literatur bekannt gegeben, sodass nach der Statistik einzelner Beobachter die Zahl der extragenitalen Infektionen 2—9 Prozent aller Fälle von Lues betrug. Münchheimer konnte im Jahre 1897 unter Benützung der Zusammenstellungen von Bulkley, Krefting und Berliner eine Statistik von 10 265 extragenitaler Infektionen herausgeben. Neuere Autoren wie z. B. Krefting berechnen sogar die Häufigkeit der extragenitalen zu den genitalen Übertragungen auf 15 %. In einigen Staaten, wie im Innern Russlands, in den Balkanstaaten, in Kleinasien über-

wiegt, nach Witte, die aussergeschlechtliche Verbreitung der Syphilis die geschlechtliche an Häufigkeit. Unkenntnis der Gefahren, Unreinlichkeit, enges Zusammenleben und Armut, der Zwang, dieselben Geräte und Geschirre zu benutzen, begünstigen in diesen Ländern die aussergeschlechtliche Übertragung der Syphilis.

Von extragenitalen Primäraffekten ist viel häufiger das weibliche, als das männliche Geschlecht betroffen, eine Tatsache, die in der einschlägigen Literatur bekannt ist. So beträgt nach einer Statistik von Pospelow die Zahl der extragenitalen Primäraffekte bei Männern 15%, bei Frauen 25%, nach Gay: bei Männern 3,8, bei Frauen 18,9, nach Jullien und Fournier bei Männern 5—6, bei Frauen 25—26%, nach Sternthal 1,77 bei Männern, 15,2% bei Frauen,

Eine Ursache für den höheren Prozentsatz bei Frauen mag wohl in ihrem Stand als Hebammen, Wärterinnen, Ammen und Mütter liegen. Sternthal meint, die Statistiken seien fehlerhaft, da dieselben meist von Syphilidologen aufgestellt würden, obschon die meisten genital infizierten Frauen sich von Frauenärzten behandeln liessen. Für letztere Ansicht würde schliesslich auch noch der Umstand sprechen, dass das Auffinden des Schankers in dem falten- und buchtenreichen Gewebe des weiblichen Genitaltraktus selbst dem Auge des Arztes entgehen kann, da zudem nach Joseph: Die Härte kein so häufiges Begleitsymptom des Primäraffektes bei Frauen, als bei Männern sei und mitunter nur kurz bestehe. Mag dem auch sein, unzweifelhaft ist, dass die Zahl der extragenitalen Infektionen beim weiblichen Geschlechte ungleich öfter als beim männlichen vorkommt.

Extragenitale Primäraffekte können auf die verschiedenste Weise akquiriert werden. Für die Ätiologie derselben legt man am besten die praktische Einteilung der nicht venerischen Syphilis von Bulkley zu Grunde, nach derselben gibt es eine Syphilis oeconomica: jene Syphilis, die innerhalb einer Familie durch die unumgänglichen Beziehungen beim täglich engen Zusammenleben übertragen wird und zwar: von Person zu Person durch Küsse, Bisse, durch die zahlreichen aussergeschlechtlichen nahen Berührungen, ferner durch vermittelnde Gegenstände: Löffel, Messer, Gabel, Gläser, Tassen, Pfeifenrohre, Zigarren und Zigaretten, Kleidungsstücke jeder Art, Leinenzeug, Toilettengegenstände, Badezeug. Als Unterabteilung führt Bulkley die industrielle Syphilis an, wie sie durch Gegenstände vermittelt wird, die von Mund zu Mund gehen, so bei den Glasbläsern, bei Metallarbeitern durch Lötrohre, bei Musikern durch die Blasinstrumente.

Weiter die Syphilis brephotrophica: Ansteckung von Ammen, Wärterinnen durch die Kinder und umgekehrt. Schliesslich die Syphilis technica: jene Art der Syphilisübertragung wie sie sich bei Ärzten, Zahnärzten, Hebammen, Wartepersonal aktiv oder passiv findet.

Über die Schwere der extragenitalen Infektionen gehen die Ansichten der Autoren auseinander. So meint Krefting, dass es sich bei extragenitaler Syphilis meist um schwerere Krankheitsformen handle. Andere Autoren, wie Fournier, Münchheimer, Krefting stellen die Prognose für dieselben nicht schlechter als für die Genitalieninfektionen. Natürlich leugnen auch letztere nicht, dass eine Anzahl von Luesfällen mit extragenitalem Sitz besonders schwer verlaufe. Nach Fournier spiele jedoch die Lokalisation keine Rolle,

sondern es seien besondere Terrainverhältnisse im Spiele. Übrigens würde sich ein schwererer Verlauf der extragenitalen Infektionen auch erklären lassen. Wie schon erwähnt, ist das weibliche Geschlecht häufiger von der extragenitalen Infektion befallen, als das männliche. Infolge der zarten Konstitution des weiblichen Körpers ist es natürlich, dass das Virus auf diesem günstigen Boden schwere Erscheinungen hervorrufen kann. So erwähnt Berliner einen Fall, in dem ein chlorotisches, zart gebautes Mädchen von ihrem Bräutigam, der eine kaum bemerkbare Lues hatte, infiziert wurde, aber an ungleich schwereren luetischen Erscheinungen, als jener erkrankte. Nach Berliner gehe aus diesem Beispiel wie aus anderen hervor, dass jene Ansicht unrichtig wäre, nach der eine Lues eine ebenso leichte Lues hervorrufen müsse, oder die Intensität der Erkrankung des Angesteckten sich mit der jeweiligen Schwere der Lues der Ansteckenden decken müsse.

Eine weitere Erklärung für den schweren Verlauf der extragenitalen Infektionen gibt uns Berliner schliesslich noch in dem Umstande, dass die Primäraffekte leicht übersehen oder als solche nicht frühzeitig erkannt würden und dass die Träger derselben, zumeist weibliche Individuen, den Arzt gar nicht oder erst spät konsultierten, nachdem das Virus Zeit gewonnen hätte, eine verderbliche, kumulative Wirkung auszuüben. Je später nach dem ersten Erscheinen der Sekundärsymptome die Behandlung eingeleitet, je weniger energisch und konsequent gerade die erste Kur durchgeführt, je lässiger im Allgemeinen die Behandlung in den ersten Jahren post infectionem betrieben würde, desto wahrscheinlicher seien schwere Erscheinungen, häufige Recidive, tertiäre Symptome.

Für letztere Behauptung sei eine Statistik von Marschalho über 673 Fälle tertiärer Lues ein Beweis: Gar keinen Primäraffekt haben beobachtet: 57,4% Frauen u. 26,2% Männer des poli-klinischen, 43,3% Frauen u. 6,4% des Privatmaterials. Ihre sekundären Erscheinungen haben vollständig übersehen oder nicht beobachtet: 60,3% Frauen u. 37,2% Männer des poliklinischen-klinischen; 42,3% Frauen und 17,3% Männer des Privatmaterials.

Bis zum Auftreten der tertiären Erscheinungen waren absolut gar nicht mit Hg behandelt 53% an Männer u. 6,8% der Frauen.

Ungenügend waren behandelt 23,9% der Männer und 16,6% der Frauen.

Chronisch intermittent waren nur 2,07% Männer und noch nicht 1% Frauen behandelt.

Wie der harte genitale Schanker, so stellt auch der extragenitale keinen unabänderlichen, sich stets gleich bleibenden Typus dar. „Meist erscheint, um mich der Beschreibung von Joseph anzuschliessen, an der Impfstelle ein kleines, von einem roten Hofe umgebenes Knötchen. In der Mitte desselben bildet sich zunächst ein Schüppchen und bald darauf eine Eiterpustel. Dieselbe platzt und nach 4—5 Tagen liegt ein 3—4 Millimeter im Durchmesser haltendes Geschwür zu Tage. Dasselbe ist flach, nicht tief ausgebohrt, sondern mehr schalenförmig, wie mit einem „Hohlmeisel“ gemacht. Oft präsentiert sich sogar ein etwas erhabenes Geschwür. Die Ränder desselben sind scharf abgeschnitten, der Grund ist glatt, glänzend wie lackiert, mitunter speckig belegt, und die Eitersekretion ist gering. Vor allem zeigt das Geschwür in der 3. Woche, mitunter aber auch früher, deutlich infiltrierte Basis und Ränder, und je nach der Dauer des Schankers

fühlt man beim Palpieren zwischen zwei Fingern eine Induration von der Grösse einer Linse, einer Erbse, oder Bohne und darüber hinaus.“ Diesem Typus des sogenannten Hunter'schen Schankers stehen am nächsten die Primäraffekte an der Lippe: meist flache, rundliche, glattrandige Geschwüre mit derb infiltrierter Grundlage. Starke Abweichen zeigen die Brust- und Analschanker, die sich meist als Rhagaden und Erosionen präsentieren und die Tonsillarschanker: meist papelförmige Geschwüre. Für die Diagnose ist jedoch nicht die Form des Primäraffektes, sondern die Schwellung der benachbarten Drüsen, die Hühnereigrösse erreichen können, das Ausschlaggebende.

Um nur mit einigen Worten auf die Behandlung der extragenitalen Primäraffekte zu sprechen zu kommen. Wenn auch von vielen durch das radikalste Mittel, wie Exzision des Primäraffektes, eine Verhütung der sekundären syphilitischen Erscheinungen geleugnet wird, jedenfalls wird der Verlauf der Lues gemildert. Andererseits werden dadurch auch Verunstaltungen, wie im Gesicht oder Funktionsstörungen z. B. an Händen hintangehalten, und die Gefahr der Übertragung, die gerade bei den extragenitalen Schankern eine sehr grosse ist, gemindert. Man kann ja dagegen halten, dass man durch eine Allgemeinbehandlung dasselbe erreichen kann, vorausgesetzt natürlich, dass dieselbe eingeleitet wird, ehe die Sekundärerscheinungen aufgetreten sind.

Was schliesslich den Sitz der extragenitalen Primäraffekte betrifft, so kann, wie schon Hunter betonte, jede Stelle des Körpers Sitz derselben sein. Bedingung ist, dass das syphilitische Virus durch eine verletzte Stelle eindringen kann. Bevorzugte Stellen

sind die Lippen und die Lippenregion, die Brust und Brustwarze, die Mundhöhle, die Finger und Hände, die Augenlider und Konjunctiva, die Tonsillen, die Rachen- und Nasenhöhle.

Die selteneren Lokalisationen der Initialsklerosen am Kinn, an der Wange, an den Ohren, am behaarten Kopf und an der Stirne seien im Folgenden Gegenstand einer eingehenden Erörterung.

Am Kinn sind Initialsklerosen häufig. So konnte Morel-Lavallée in Fourniers Klinik unter 45 Fällen von extragenitaler Infektion 6 Initialsklerosen am Kinn, also 13,33% beobachten, und Peter in Lassars Klinik unter 20 Fällen 2 derartige, mithin 10%; andererseits betrugen nach Stiebel in der von Joseph in Berlin geleiteten Poliklinik für Hautkrankheiten die Primäraffekte am Kinn nur 5,55%, der dort zur Beobachtung gekommenen extragenitalen Initialsklerosen, nach einer Statistik von Niret sogar nur 5,21%.

Bevorzugt ist von dieser Lokalisation der Initialsklerose das männliche Geschlecht, so fand Stiebel eine solche nur bei Männern und unter den 69 Fällen, die in dieser Arbeit aus der Literatur zusammengestellt sind, betrafen 27 das männliche (also 39,12%) und 13 das weibliche Geschlecht (18,8%), in den übrigen 29 Fällen war das Geschlecht unbekannt. In 4 Fällen waren Kinder betroffen, von denen 2 weiblichen Geschlechtes waren, bei den anderen 2 war das Geschlecht nicht angegeben.

Diese grosse Häufigkeit der Initialsklerosen am Kinn bei Männern ist hauptsächlich begründet in der Genese der Sklerose, indem die meisten Infektionen beim Rasieren zu Stande kommen. So war auch in

unseren 69 Fällen das Rasieren die Ursache der Infektion bei 20 Personen (zirka 30%). Es braucht ja nur durch Anschneiden einer kleinen Aknepustel oder eines Geschwüres das syphilitische Virus auf das Rasiermesser zu kommen. Wird dasselbe nicht gereinigt, so ist es leicht erklärlich, wie der Folgende infiziert wird, wie es in einem von Catrin im Zentralbl. f. innere Medizin 1896 mitgeteilten Falle war:

Ein Vater benutzte das Rasierzeug seines Sohnes, welcher syphilitisch infiziert war und schnitt sich in das Kinn. Die Schnittwunde heilte nicht, es entwickelte sich vielmehr eine syphilitische Ulceration, begleitet von einer schmerzlichen Anschwellung der Submaxillardrüsen. Unter dem Einfluss einer spezifischen Therapie erfolgte zwar die Heilung des Ulkus, aber weitere syphilitische Erscheinungen blieben nicht aus: Roseola, Stomatitis, begünstigt durch zahlreiche kariöse Zähne, doppelseitige Iritis.

Einen ähnlichen Fall beschreibt Schmolck in der deutschen med. Wochenschrift 1899:

Ein Student wurde von einer Mücke gestochen und von einem Barbier beim Rasieren an der betreffenden Stelle geschnitten. Die Stelle nässte, verschorfte ab und zu, kam jedoch nie zur Heilung. Die Untersuchung ergab eine bräunliche Pustel von der Grösse einer Mückenstichquaddel, die oberflächlich etwas feucht war. 1 1/2 Monate später war die entzündliche Infiltration geschwunden, die Pustel war epithelisiert, aber von dunkelblau-roter Farbe. Sie hatte die Grösse einer weissen Erbse und sehr geringe Härte. Die submaxillaren und cervikalen Drüsen der linken Seite waren zu grossen, zum Teil wallnussgrossen Tumoren angeschwollen. 8 Wochen später eine über den ganzen

Körper verbreitete Roseola und Schwellung auch der rechtseitigen Cervikaldrüsen.

Über Primäraffekte am Kinn, die ebenfalls durch Rasieren entstanden sind, berichten ferner noch:

Joseph (Deutsche Dermat. Gesellsch. 39 B).
Neumann (Wiener klin. Wochenschr. 1896).
Bieck (Berl. klin. Wochenschr. 1897).
v. Hebra (Arch. f. Dermat. 39 B).
Neumann (Arch. f. Dermat. Bd. 33).
Tschistiakoff (Annal. de Derm. 1895).
Winternitz (Wiener klin. Wochenschr. 1894).
Neumann (Arch. f. Derm. 1897).
Lang (Arch. f. Derm. 1897).
Pellizari (Annal. de Dermat. 1883).
Cochez: Annal. de Derm. 1881:

2 Personen hatten sich bei einem Rasierer in einer Stadt rasieren lassen; dabei wurden sie leicht am Kinn verletzt. Beide bekamen Primäraffekte.

Morrow (Journal of cut. and G. U. D. 1877).
Tschndnowsky: Arch. f. Derm. 1889).
Tarnowsky (Arch. f. Derm. 1889).
Jeauselene (Journ. de pract. 1903).
Boldt (Deutsche med. Wochenschr. 1903).

Nach Blaschko und Rosenthal können jedoch solche „Rasierschanker" auch noch auf andere Weise übertragen werden: So kann Serviette, Puderquaste, Seifnapf, Pinsel, Handtuch, Kamm, Bürste, Streichriemen unter ungünstigen Umständen die Übertragung vermitteln; ganz abgesehen von der Übertragung durch die Hand des Barbiers selbst.

Von den anderen Ansteckungsursachen sei ferner das Küssen und Beissen hervorgehoben.

Pospelow beschreibt im Archiv für Dermat. 1889 einen derartigen Fall, wo die Kranke oft von einer syphilitischen Gefährtin, mit der sie zusammenschlief, geküsst wurde, wobei sie selbst ein Bläschen am Kinn hatte. Das Ulkus durum nahm das ganze Kinn ein, von der Form einer über die Hautdecken hervorragenden Scheibe von kirschroter Farbe; es war indolent, hart anzufühlen und eiterte nicht. Submental- und Submaxillardrüsen waren geschwollen.

Ebenso zwei Fälle von Initialsklerosen am Kinn von Zeisse (Allgem. Wiener med. Zeitung 1887): wobei die eine infolge eines Bisses, die andere infolge eines Kusses entstanden sein soll.

Ferner noch ein Fall von Pellizari, wo sich aus einer Bisswunde am Kinn eine Initialsklerose entwickelte; ebenso entstand nach Sherwell (Arch. f. Dermatol. 1899 B 50) ein Schanker bei einer Frau durch Biss von Seiten ihres Mannes.

Die Infektion kann weiter verschulden die Pflege syphilitischer Kinder, wie wir z. B. aus einem Fall, von Baum (Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. 1885) beschrieben, sehen:

Eine Dienstmagd hatte ein syphilitisches Kind zu pflegen und infizierte sich am Kinn. Als sie in ärztliche Behandlung kam, hatte sie eine 1 cm grosse, kreisrunde, infiltrierte Narbe mit Schwellung der benachbarten Submaxillardrüsen.

Einen anderen Fall berichtet Hulot (Annales de Dermat. 79—80):

Antoinette M., 59 Jahre alt, machte einem Mädchen (von leichten Sitten) den Vorschlag, sein Kind mit der Flasche zu nähren. Bevor A. M. das Kind

aus der Flasche trinken liess, saugte sie an. Das Kind starb bald unter den Symptomen einer heftigen Syphilis, bis zum letzten Augenblick von A. M. sorgsam gepflegt. 3 Wochen nach dem Tode des Kindes fühlte P. sich sehr unwohl, an der Unterlippe bemerkte sie ein entzündetes Knötchen. Eine später vorgenommene Untersuchung ergab: einen Primäraffekt am Kinn, am Körper alte papulöse Syphilide.

Andererseits beschreibt Gluck in der Wiener med. Wochenschrift 1902 einen Fall, in dem ein drei Monat altes Kind von der syphilitischen Mutter infiziert wurde und einen Primäraffekt in der Mitte der Furche oberhalb des Kinns bekam.

Ferner v. Hebra: Ein syphilitisches Dienstmädchen infizierte das Kind ihrer Herrschaft, das Kind hinwiederum, das am Mund Exulcerationen hatte, die Mutter.

Taylor berichtet in den Monatsheften für prakt. Dermat. 1897 B XXIV. über eine Infektion, die sich ein junger Mann durch Kratzen mit einem infizierten Fingernagel zugezogen hatte und Sherwell über einen Schanker am Kinn eines Mannes, den der Betreffende beim Abtrocknen des Gesichtes mit einem Handtuche, welches gemeinschaftlich benützt wurde, akquiriert hatte. In den übrigen Fällen war eine genaue Angabe für die Ursache der Entstehung des Primäraffektes nicht gegeben.

Was das makroskopische Aussehen der Primäraffekte am Kinn betrifft, so weichen sie im allgemeinen von dem Typus des Hunter'schen Schankers nicht ab: Flache, wie mit einem Hohlmeisel gemachte Geschwüre meist sogar etwas erhaben, mit scharf abgeschnittenen Rändern, Grund glatt, glänzend, mitunter speckig belegt, Eitersekretion gering.

Abweichungen hievon sind natürlich nichts Seltenes, so in dem schon erwähnten Fall von Schmolck, wo der Primärherd kein Ulkus bildet, sondern nur eine unscheinbare, oberflächlich vom Epithel entblösste Papel.

Im Gegensatz hiezu beschreibt Lochte in der Münchener med. Wochenschr. 1898 einen sogenannten Chancre bombé; einen Schanker, der talergross und stark hyperplastisch ist.

Das Kinn ist tumorförmig, halbkugelig vorgewölbt und tritt namentlich im Profil hervor; und Rille in d. Wiener klin. Wochenschr. 1897 einen Chancre géant: eine faustgrosse, hypertrophische Sklerose am Kinn, ähnlich den Knoten bei Sycosis parasitaria, wie solche schon früher von Fournier und dessen Schüler Zwetitch beschrieben worden sind.

Wie schwierig übrigens oft die Differentialdiagnose zwischen einem syphilitischen Primäraffekt und Sycosis parasitaria ist, beweist uns ein Fall von Neumann (Arch. f. Dermat. B. 38), wobei der betreffende Autor selbst nicht mit Bestimmtheit sagen kann, ob es sich um Sycosis parasitaria mit Exanthema maculopapulosum oder um syphilitische Affektion handelt. Der Patient hat in der Kinngegend eine Geschwulst von Kleinapfelgrösse; von derselben durch eine tiefe Furche getrennt eine kleinere, halbkugelig vorgewölbte, von teigig weicher Konsistenz, nährend und Eiter absondernd, an der Oberfläche spärliche Haare hervorwachsend, deren Wurzelscheiden eitrig infiltriert sind. In den vorderen seitlichen Thoraxpartien, sowie am Rücken ein aus livid roten, im Zentrum ein Knötchen tragenden Flecken und mehr elevierten, rotbraun glänzenden Efflorescenzen bestehendes Exanthem.

Morbillen, herpes tonsurans und Arzneiexanthem können ausgeschlossen werden. Allerdings bildet nach Neumann der Primäraffekt bei Männern an einer behaarten Stelle meist ein Geschwür mit aufgeworfenen, derben Rändern.

Häufiger wohl wird die Sklerose am Kinn mit Carcinom verwechselt; insbesondere wenn eine solche eine Person im höheren Alter befällt. Für eine Sklerose sprechen jedoch in solchen Fällen die meist bis Haselnussgrösse geschwollenen, submentalen Lymphdrüsen.

In wie fern Autoinfektion als Ursache für die Initialsklerosen am Kinn verantwortlich zu machen ist, sehen wir aus den Versuchen von Neumann, Pontappidan und anderen, die zeigen, dass eine solche Infektion nur bei ganz recenter Syphilis und dann nur mit Rücksicht auf die sich vollziehende Immunisierung an einer vom ursprünglichen Herd entfernt gelegenen Stelle. In einem solchen Falle entwickle sich jedoch nicht eine typische Sklerose, sondern eine sogenannte Impfpapel.

Derselben Ansicht ist Rille (Wiener klinische Wochenschr. 1897) und beweist sie durch einen Fall, wo ein 27jähriger Schuhmachergeselle gleichzeitig einen genitalen und extragenitalen Primäraffekt hatte. In der Kinnfurche links von der Medianebene bestand ein fast guldenstückgrosser, 1—2 cm hoch elevierter, scharf umschriebener, ulcerierter Knoten mit rotbraun gefärbter derber Basis, welche sero-purulente zu fest anhaftenden gelb-braunen Borken vertrocknete Flüssigkeit absondert. Die Drüsen am Unterkieferwinkel haselnuss- und wallnussgross. Die genitale Sklerose befindet sich am inneren Praeputialblatt in Form eines über linsengrossen, knorpelharten, halbmondförmig vorspringenden, jetzt bereits übernarbten Knoten. Die

Inguinaldrüsen beiderseits bohnen- und haselnussgross. Rille wirft die Frage auf, ob beide Sklerosen durch gleichzeitige Infektion oder sukzessiv durch Autoinokulation entstanden seien. Der Kranke gebe an, das Geschwür am Penis 10 oder 14 Tage später als das des Gesichtes bemerkt zu haben, das erkläre sich aber aus dem beträchtlichen Grössenunterschiede beider Sklerosen. Für die Gleichzeitigkeit der Infektion spreche die schon vor 14 Tagen zur Zeit der Spitalaufnahme vorhanden gewesene Lymphdrüsenanschwellung sowohl am Halse wie in der Leiste.

Andererseits beschreiben Gaucher u. Lacapère in d. Annal. de Dermat. 1902 einen Fall, in dem ein 65jähriger Patient im Anschluss an einen 3 Wochen vorher durchgemachten harten Schanker der Vorhaut einen Autoinokulationsschanker des Kinns acquirierte. Die Einimpfung muss in diesem Falle in einer Zeit erfolgt sein, als das syphilitische Virus noch nicht in den Kreislauf getreten war. Gelegenheit zur Infektion war eine Rasierwunde.

In einem Falle von Eduard Lang (Wiener klin. Rundschau 1902) ist es fraglich, ob Autoinfektion oder neuerliche Infektion von aussen her vorliegt. Ein 37jähriger Mann bekam 14 Tage nach dem Auftreten des Primäraffektes am Frenulum praeputii eine Sklerose am Kinn. Später florides Syphilid am Stamme. Nach Lang beweise dies, dass zwischen dem Auftreten der Initialsklerose und den Allgemeinerscheinungen ein Zeitraum — intermediäres Stadium — bestehe, in welchem eine neuerliche Infektion vollständig den Charakter einer Initialmanifestation tragen könne.

Ferner noch ein Fall von Kaposi (Arch. f. Dermat. B. 45) in dem sicher Lues vorliegt, zweifelhaft jedoch

ist, ob die Efflorescenz am Kinn mit Autoinokulation am Stamme als Sklerose anzusehen ist, oder ob es Papeln sind, die sich peripher ausgebreitet haben. Ein 5 Monat altes Kind hat unter dem Kinn eine scheibenförmige, quere, scharf begrenzte, etwa kronengrosse Efflorescenz, die im Centrum ulceriert mit Krusten bedeckt ist, der Rand braunrot, glänzend; Consistenz hart. An der Contaktfläche über dem Manubrium stand ein gleicher, etwa kreuzergrosser Herd. In der Sacralregion disseminierte, glänzende, zum Teil nässende Knötchen. An der Zunge und am Gaumen einige graue Plaques.

Was die Prognose der extragenitalen Primäraffekte am Kinn betrifft, so ist sie im allgemeinen ebenso wie bei anderen Primäraffekten zu stellen. Hervorgehoben seien 2 Fälle, in denen Verlauf der Krankheit ein sehr schwerer war.

Im ersten von Baum mitgeteilt (Viertelj. f. Dermat. u. Syph. 1885) betraf es einen Tischler, der in der Mitte des Kinns ein 2 cm grosses Geschwür mit speckig belegtem Grunde und stark infiltrierten Rändern hatte. Submaxillardrüsen geschwellt. 2 Monate schon nach dem Auftreten der Initialsklerose zeigten sich gummöse Infiltrationen, die teilweise ulcerierten, an den verschiedensten Körperstellen.

Den zweiten beschreiben Krytolowicz und Mayzel (Monatsschr. f. Dermat. u. Syph. 1896, Bd. XXII.) Eine 40jährige Magd hatte einen Primäraffekt am Kinn. Der Schanker führte zur Zerstörung des ganzen Kinns. Es folgten schwere secundäre Erscheinungen, die schliesslich den Tod herbeiführten.

Fast ebenso häufig wie am Kinn hat der Primäraffekt seinen Sitz auf der **Wange**.

Nach einer Statistik von Duncan Bulkley werden Initialsklerosen an der Wange in den verschiedenen Ländern in folgender Anzahl gefunden:

in Frankreich, Belgien u. Kolonien	unter	2635	extrag. P. A.	66
„ Russland, Polen u. Asien	„	1897	„	9
„ Vereinigten Staaten	„	1297	„	19
„ Italien	„	921	„	19
„ Oestreich-Ungarn	„	829	„	7
„ Deutschland, Schweiz, Holland	„	774	„	12
„ Grossbritannien, Irland u. Kolonien	„	558	„	11
„ Dänemark, Norwegen, Schweden	„	122	„	0
„ Spanien, Portugal, Mexiko, Brasilien	„	25	„	2

Also unter 9058 extragenitaler Primäraffekte 145 Primäraffekte auf der Wange gegen 146 am Kinn.

Krefting hat unter 280 extragenitaler Primäraffekte keinen an der Wange, Berliner unter 86 nur 4 beobachtet.

Nach den in dieser Arbeit erwähnten 57 Fällen aus der Literatur ist das weibliche Geschlecht fast ebenso oft wie das männliche von dieser Art der Lokalisation des Primäraffektes befallen: Dieselbe betraf nämlich in 23 Fällen Männer, in 19 Frauen, in 2 Kinder, in den übrigen war das Geschlecht nicht angegeben.

Was die Genese der Initialsklerose auf der Wange anlangt, so ist wiederum wie beim Kinn das Rasieren in erster Linie verantwortlich zu machen. Unter den 57 Infektionen sind nicht weniger als 13 durch das Rasieren bedingt, so in einem von Boldt in der (Deutschen med. Wochenschr. 1902) mitgeteilten Falle: Ein 30jähriger Kaufmann wurde beim Rasieren vom Barbier auf der rechten Wangenseite geschnitten; die Verletzung wollte nicht heilen. Die Untersuchung ergab an der betreffenden Stelle eine etwa 10 Pfg.-Stück

grosse, braunrote, in der Mitte leicht excoriirte Verhärtung ohne eigentliches Geschwür. Die Verhärtung sei etwa 10 Tage nach dem Schnitt aufgetreten. Sie war weder spontan, noch auf Druck besonders empfindlich. Auf derselben Seite des Halses war in der Höhe des Larynx eine etwa haselnussgrosse Drüse, auf Druck wenig empfindlich. Weitere Untersuchung einige Zeit später ergab: Mässige Roseola, Papeln im Munde und an den Tonsillen; weitere indolente Drüsen auch an der linken Halsseite und in der Ingunialgegend.

Einen ähnlichen Fall teilt Witte (Allg. med. Centralz. 1903) mit, der noch deswegen interessant ist, weil der betreffende Patient 8 Jahre lang Syphilis hatte und sich nicht behandeln liess:

Ein 42jähriger Landmann wurde vor 8 Jahren beim Rasieren geschnitten, an der betreffenden Stelle entstand ein Geschwür, das nicht heilte; starke Drüsenschwellung. $1^1/_2$ Jahr lang war Patient halsleidend, heiser und hatte Geschwüre im Munde, wurde jedoch niemals behandelt. Seit 5 Jahren verheiratet, hat er gesunde Kinder. Jetzt typisch schinkenrot gefärbtes, die ganze rechte Stirnseite, Nasenwurzel und auf der Wange die Umgebung des Auges einnehmendes, tuberöses Geschwür.

Selbst das hohe Greisenalter wird von dieser Art der Infektion nicht verschont, wie wir aus einem Fall, von Kaposi (im Arch. f. Dermat. 1895) mitgeteilt, sehen:

Bei einem 70 Jahre alten Manne befinden sich an der linken Wange mitten im Bart kastaniengrosse, feindrüsige Erhabenheiten, die nässten, bluteten und continuierliche Schmerzen bereiteten. Anfänglich wurde

die Affektion für einen Insektenstich gehalten. Nach einiger Zeit Auftreten von Roseola.

Marmonier beschreibt 2 Fälle, in denen Küsse die Ursache zur Infektion waren:

In dem einen (Journal d. mal. cut. 1896) küsste ein Ehegatte seine 24jährige Gattin auf die Wange; an derselben Stelle entstand ein Primäraffekt, ebenso in dem anderen Fall, (Journ. d. mal. cut. 1897) wo ein Nachbar sich unerlaubter Weise einen Kuss von einer schönen 16jährigen Nachbarin raubte.

Einen anderen Fall teilt Beutowni in d. prakt. Rundschau 1902 mit; hier wurde ein $1^1/_2$jähriges Kind von der Grossmutter durch Kuss inficiert. Endlich noch ein Fall von Galloway, (Brit. journ. of Dermat. 1899) in dem ein 20jähriges Mädchen durch einen Kuss einen ungewöhnlich grossen Primäraffekt an der Wange acquirierte.

Öfter war die Ursache des Primäraffektes auf der Wange ein Biss, so in den 57 Fällen in 7 wie z. B. in einem Fall von Neumann (Arch. f. Dermat. 1894): Ein 27jähriger Schlossergeselle hatte durch einen Biss bei einer Rauferei eine Sklerose an der Wange unterhalb des unteren Augenhöhlenrandes acquiriert; derselben war ein maculo-papulöses Exanthem gefolgt, später weitere secundäre Erscheinungen. Weitere Fälle beschreiben: Taylor: ein Mann wurde in die Wange gebissen, worauf an derselben Stelle ein grosser Schanker von 3 cm Durchmesser, gefolgt von Exanthem entstand, ebenso Fisichella (Monatschr. f. prakt. Dermat. 1894): Dieser Fall ist deswegen noch von Interesse, weil nach einem Zeitraum von 3 Jahren eine Reinfectio syphilitica eintrat: Eine 14jährige Prostituierte inficierte sich syphilitisch mit einem Initialaffekt in der Analgegend, der ganze Tross der

secundären Erscheinungen folgte. 3 Jahre später, nach vollständiger Heilung, neue Infektion mit hartem Schanker an der Wange infolge eines Bisses während des Coitus und nachfolgende Polyadenitis und Roseola.

Lennox-Browne (Revue de laryngol. 1892): Ein junges Mädchen wurde von einem syphilitischen Manne an der Wange nahe dem Kinnwinkel gebissen, woselbst später die Initialsklerose sich bildete. Ferner noch Fälle von Hutchinson, Merie u. Schnabel.

Von weiterer Übertragung von Person zu Person sei ferner die Pflege syphilitischer Kinder erwähnt.

v. Hebra beschreibt einen Fall, (Arch. f. Dermat. 1897) in dem das von einem syphilitischen Dienstmädchen inficierte Kind die eigene Mutter inficierte in der Weise, dass die mit Akne behaftete Mutter das Kind oft gegen die Wangen drückte; das Gesicht des Kindes war über und über mit syphilitischen Ulcerationen bedeckt. Bei der Mutter zeigten sich bald multiple Schanker im Gesicht. Ähnliche Fälle berichten Gottheil u. Haslund (Dänische Dermat.-Gesellsch. 1902) mit dem Unterschiede, dass in letzterem Fall das Gesicht der Mutter vom Ehegatten blutig geschlagen war und dass grosse Ulcerationen im Gesicht und der Submentalgegend entstanden.

Nicht minder bedauernswert ist jenes 14jährige Mädchen, das nach Sherwell (Brooklyn. Derm. Societ. 1897) als Lohn für die Pflege eines schutzbefohlenen Kindes einen Primäraffekt an der Wange bekam.

Andererseits erwähnt Abraham in d. Monatschr. f. prakt. Dermat. 1896 einen Fall, in dem ein 18 Monate altes Kind von seinen Eltern, die zahlreiche secundäre syphilitische Efflorescenzen zeigten, inficiert wurde.

Ausserdem beschreibt Lenz in d. Wiener klin. Rundschau 1896 einen Fall, wo bei einem 35jährigen

Maurer aus einer kleinen Pustel, die der Patient öfters gekratzt hatte, sich ein kreuzerstückgrosses Geschwür mit infiltrierten Rändern und Grunde entwickelte. Reichliches maculo-papulöses Exanthem. Der Kranke hatte gemeinschaftlich mit einem syphilitischen Manne gearbeitet.

Einen noch drastischeren Fall bringt Anderson in d. Monatschr. f. prakt. Dermat. 1898: Ein 29jähriger junger Mann bekommt einen Schlag auf die rechte Wange, ein Freund eilt herbei, um die Wunde auszusaugen. Nur zu bald jedoch bildete sich ein grosses eliptisches luetisches Geschwür.

Wie schwierig es oft sein mag mit Bestimmtheit zu behaupten, eine Infektion sei durch ein inficiertes Instrument zu Stande gekommen, beweist folgender von Aller beschriebene Fall (Journal of cut. 1897):

Ein Patient hatte sich einzelne Haare an der Wange von einem Barbier ausziehen lassen. Die inficierte Stelle schwoll an und verursachte intensive Schmerzen. Anfangs wurde die Affektion für Sykosis gehalten. Später schwollen die Submentaldrüsen, die bekannten syphilitischen Secundärerscheinungen traten ein. Nach Aller trägt der Barbier die Schuld, der die Haare wahrscheinlich mit einem inficierten Instrumente epiliert habe. Nach Taylor sei noch eine andere Erklärung möglich: Es sei nämlich möglich, dass der Barbier durch die Epilation eine Eiterpustel verursacht habe, die später durch den Patienten selbst mit syphilitischem Stoffe inficiert worden sei. Solche Fälle sind in der Literatur bekannt, um nur einen von Witte (Allg. med. Centralz. 1903) beschriebenen zu erwähnen: Ein 24jähriger Matrose hatte auf der rechten Wange eine Pustel, die er oft aufkratzte; um dieselbe Zeit hatte er Gelegenheit zu geschlechtlicher Infektion. An

der betreffenden Stelle bekam er einige Zeit später einen Primäraffekt.

Noch zweifelhafter erscheinen Infektionen durch Höllensteinstifte, eine solche teilt Ledermann in d. Berliner Dermat.-Gesellsch. 1895 mit: Eine 33jährige Frau erkrankt gleich nach der Hochzeit an einem kleinen Geschwür auf der linken Wange, das mit einem schon von anderer Seite benutzten Höllensteinstift geätzt wurde. Die Ulceration vergrösserte sich und es gesellte sich später ein Exanthem hinzu. Weitere syphilitische Erscheinungen blieben nicht aus: Plaques im Munde und Papeln an den Genitalien. Der Ehemann hatte eine linsengrosse Sklerose am Frenulum, Skleradenitis und Plaques.

Obwohl nach Fournier der Höllensteinstift als solcher keine Infektion übertragen könne, sondern nur die Hülle, in welchem der Stift befestigt sei, so scheint er doch in dem von Roche im Journal d. mal. cut. 1898 mitgeteilten Fall die Ursache gewesen zu sein: Eine puella publica wurde an der Wange mit einem Höllensteinstift behandelt, mit welchem erst plaques muqueuses touchiert worden waren; daselbst bekam sie die Initialsklerose.

In den übrigen 17 Fällen war eine Aitiologie für den Primäraffekt nicht angegeben.

Für die Gestalt der Primäraffekte an der Wange ist im allgemeinen der Typus des Hunter'schen Schankers massgebend, wie wir z. B. aus einem von Siepe (Diss. Bonn 1892) beschrieben sehen: Derselbe befindet sich 1 cm vom rechten Mundwinkel entfernt, ist ungefähr 2 cm breit. Die Form ist ungefähr viereckig. Der Grund des Geschwürs ist teilweise glatt, teilweise papillär mit speckigem Belag bedeckt. Die Ränder sind nur wenig über den Grund erhaben und

etwas geröteter, als die umgebende Schleimhaut. Ränder und Grund sind infiltriert und zeigen elastische Härte. Die Submaxillardrüsen rechts sind zum Teil bis Haselnussgrösse geschwollen und zwar indolent. Submental- und Submaxillardrüsen links sind auch etwas geschwollen, jedoch viel geringer als rechts. Ursache der Infektion unbekannt.

Wie am Kinn, so treten auch auf der Wange die Primäraffekte meist in der Einzahl auf; Petrini erwähnt in den Monatsh. für prakt. Dermat. 1897, B. XXIV, jedoch einen Fall, in dem ein Italiener 6 syphilitische Schanker im Gesicht auf einmal hatte.

Bei weitem seltner, als wie am Kinn und Wange, kommen luetische Primäraffekte an den **Ohren** vor. Nach der äusserst sorgfältig ausgearbeiteten Statistik von Duncan Bulkley finden wir unter:

2635	extrag. Primäraff.	in	Frankreich, Belgien	17	a. d. Ohren
1897	„ „	„	Russland, Polen, Asien	—	„
1297	„ „	„	den Vereinigt. Staaten	3	„
921	„ „	„	Italien	3	„
929	„ „	„	Oestreich-Ungarn	2	„
774	„ „	„	Deutschland, Schweiz, Holld.	2	„
558	„ „	„	Grossbritannien	—	„
122	„ „	„	Dänemark, Schweden	—	„
25	„ „	„	Spanien, Mexiko	—	„

Also unter 9058 sind nur 27 extragenitale Primäraffekte an den Ohren lokalisiert. Am öftesten ist die Ohrmuschel Sitz der Initialsklerose, dann der Tragus, die Crista helicis, der Helix und Antihelix, der Lobulus; hiezu kommen noch die Primäraffekte in der Gegend des Warzenfortsatzes. Über derartig lokalisierte berichten Wracek und Hulot. Letzterer hat übrigens noch das Verdienst, die ersten 2 Fälle von harten Schanker in den Ohren i. J. 1878 beschrieben zu haben.

Einen wegen seiner äusserst merkwürdigen Entstehungsweise interessanten Fall erzählt Richter (Archiv f. Derm. u. Syph. 1893):

In weinlustiger Stimmung gehen 2 Freunde munter über die Strasse, wobei der eine mit seiner brennenden Cigarre die Ohrmuschel des anderen verletzt. Ein vorübergehender Samariter springt herbei und bedeckt die Brandwunde mit einem von ihm mit Speichel angefeuchteten Pflaster; 14 Tage später entwickelt sich an der Stelle eine Initialsklerose.

Nicht minder interessant ist ein von Zucker in der Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, B. XIII, mitgeteilter Fall: Ein Mann wurde von einer Puella publica stürmisch geliebkost und dabei heftig am Ohre geleckt; 8 Wochen später trat an der nämlichen Stelle der Primäraffekt auf.

Dass auch gelegentlich der Finger Ursache der Infektion wird, zeigt uns der Fall von Haug (Krankheiten d. Ohres pag. 130):

Der fragliche Patient verunreinigte, als er einen Freund auf einen vermeintlichen Tripper untersuchte, seinen Finger durch einen an der Harnröhre hängenden Eitertropfen und kratzte sich darauf mit dem verunreinigten Finger am Ohre. 3 Wochen darauf entstand ein typisches Ulcus durum, das an der Criata helicis sass und die Grösse eines 20 Pfg.-Stückes besass.

Über Primäraffekte am Lobulus auriculae berichten Pellizari, Jégu und Hermet (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, B. XIII), bei letzterem war die Ursache ein Biss. Ausserdem beschreibt Hermet (Polizers Lehrb. III. Aufl.) noch einen Fall, indem eine 42 jährige Frau von ihrem syphilitischen Manne geliebkost wurde und an der Ohrmuschel eine Initialsklerose bekam.

Unbekannt blieb die Ansteckungsursache in einem Falle von Skyeldrup. Der Primäraffekt hatte seinen Sitz an der vorderen Wand des knorpeligen Gehörganges. Mit dem Auftreten secundärer syphilitischer Erscheinungen war die Diagnose Syphilis gesichert und bei dem Fehlen eines anderweitig indurierten Geschwüres die Initialsklerose am Ohre unzweifelhaft.

Hutchinson berichtet einen Fall, in dem 6—8 Schanker an Finger, Antibrachium, Kinn, sowie an der Ohrmuschel durch Biss einer Syphilitischen gleichzeitig entstanden.

Äusserst selten treten Primäraffekte am **behaarten Kopf** und an der **Stirne** auf. Fournier fand unter 1124 Fällen nur 2 an der behaarten Kopfhaut; in dem einen Fall küsste ein mit Papeln im Munde behafteter Ehemann seine Frau auf das Haar. Die übrigen in der Literatur angeführten Fälle seien im Folgenden wiedergegeben.

Rivet berichtet von einer Dame, die durch Benutzung eines Kammes ihrers Bruders, der luetisch erkrankt war, eine Initialsklerose am Kopfe acquirierte; interessant ist der Fall noch deswegen, weil ein junger Herr bei einem Souper mit der betreffenden Dame einen Tonsillarschanker davontrug.

Interessant ist ferner der Fall von Glück: ein bosnischer Landmann lässt sich aus rituellen Gründen an der Stirnhaargrenze von einem Barbier rasieren. Der betreffende Barbier hatte Papeln am Genitale und an der Mundschleimhaut, sowie am rechten inneren Augenwinkel. An der Stirnhautgrenze entstand eine über kreuzergrosse Sklerose; mit demselben Messer hatte der Barbier noch einem zweiten Ortsangehörigen einen Primäraffekt in der Nasolabialfalte beigebracht.

In einem Fall von Vaughan war die Infektion auf traumatischem Wege während einer Rauferei durch Biss oder Nagel vermittelt worden.

Eine zufällige Stichverletzung mit einer Haarnadel war die Ursache einer Initialsklerose an der Schläfe in einem Fall von Mauriac; die mit syphilitischem Eiter beschmutzten Finger wahrscheinlich in dem von Ricord. Blanche berichtet, wie ein 18jähriges Mädchen durch Biss vom Bräutigam einen Primäraffekt am Nacken acquirierte.

In einem Falle von Pellizari (klin. Rundschau 1894) übertrug die Mutter, die recente Syphilis mit feuchten vegetierenden Papeln an den Analrändern und an den äusseren Genitalien, erythematöse Eruptionen des Stammes und des Gesichtes hatte, die Syphilis auf ihr 50 Tage altes Kind. Dasselbe bekam eine Initialsklerose am linken Scheitelbein von der Form eines Kleeblattes mit matt rotem Grunde und begleitet von Drüsenschwellung an der entsprechenden Halsseite.

Unbekannt blieb die Ansteckungsursache in dem Falle von Wracek. Die betreffende Patientin ist eine 20jährige Virgo, die seit einiger Zeit über Kopfschmerzen klagt. An der linken Schläfe eine exulcerierte Sklerose mit indolenter starker Vergrösserung der submaxillaren und cervicalen Drüsen. Ebenso in den Fällen von Marcel und Witte; in ersterem hatte der Primäraffekt seinen Sitz auf der behaarten Kopfhaut über dem linken Ohre, in letzterem am Hinterkopf.

Über die Form der extragenitalen Initialsklerosen am Kopf giebt uns am besten die Beschreibung eines solchen von Rille Aufschluss: Das Geschwür befindet sich innerhalb des behaarten Teiles der Stirne, 2 Finger breit von der Stirnhaargrenze entfernt. Es

ist ein flach hervortretender, kreuzergrosser, scharf umschriebener ulcerierter Knochen mit schmalem, rotbraun glänzendem Rand und centralem graugelben festanhaftendem Belag. Die Konsistenz des Geschwüres ist eine mässig derbe. Die Drüsenschwellung eine beträchtliche. Auch hier ist die Ansteckungsursache nicht recht klar. Nach Rille gelangte jedenfalls die infektiöse Materie auf eine früher an Stelle des Schankergeschwüres vorhandene Aknepustel. Da im Centrum des Knotens eine stecknadelgrosse Perforationsöffnung war, durch die man mit der Sonde in eine fast haselnussgrosse Höhlung eindringen konnte.

Äusserst selten ist die Lokalisation der Primäraffekte an der **Stirne.** Nur 4 Fälle konnten aus der Literatur zusammengestellt werden. In einem Falle von Pellizari war die Infektion durch einen Kamm an der linken Stirngegend nahe der Grenze der behaarten Kopfhaut zustande gekommen, in dem von Hallopener und Traston (Annal. de Dermat. 1900) acquirierte ein 56jähriger Kutscher durch einen Biss bei einer Rauferei eine Sklerose in der Nähe des linken Augenbrauenbogens. Unbekannt blieb die Ansteckungsursache in den Fällen von Lang (Verein Deutscher Ärzte in Prag 1901) und Winternitz (Wiener Derm. Gesellsch. 1898)

Anlass zu den vorausgehenden Erörterungen gab ein Fall von extragenital acquirierter Lues, der am 6. November 1903 in der Syphilidoklinik des Juliusspitals in Würzburg zur Beobachtung kam.

Die 32jährige Patientin war stets gesund gewesen und hatte in ihrer Ehe mehrere gesunde Kinder geboren, die alle noch leben und gesund sind. Ende August 1903 nahm Patientin von herumziehenden Leuten

ein Kind in Pflege und behielt es drei Wochen lang; sie gab sich mit dem Kinde, an dem sie ausser ständigen Schnupfen nichts Besonderes bemerkt haben will, viel ab.

Ende September bemerkte Patientin ein Knötchen an der rechten Wangenseite, zwei Querfinger hinter dem Mundwinkel, das sich allmählich vergrösserte, ohne schmerzhaft zu sein und schliesslich in der Mitte geschwürig wurde. Patientin glaubte, es handle sich um einen Furunkel, weshalb sie die Stelle nicht weiter beachtete; die zudem von selbst allmählich immer kleiner wurde. Allein nach einigen Wochen bemerkte Patientin rote Flecken auf der Haut und seit Mitte Oktober Knötchen an den Geschlechtsteilen, so dass sie Schmerzen beim Gehen hatte.

Status am 7. XI. 1903:

Eine grosse, kräftig gebaute Person mit gutem Panniculus adiposus. Haut etwas schlaff; keine Oedeme, Multiple Lymphdrüsenschwellung, insbesondere die Subaxillar-, Cubital- und Inguinaldrüsen hasel- bis wallnussgross. Im Gesicht an der rechten Wangenseite etwa 2 Querfinger hinter dem Mundwinkel ein markstückgrosser, bräunlicher Fleck — Rest des Primäraffektes. Sonst ist an Gesichts- und Kopfhaut nichts abnormes zu konstatieren. Die Rumpfhaut zeigt besonders an Brust und oberen Rückenteilen diffus mittelgrosses makulöses Exanthem, das an den meisten Stellen die rote Farbe eingebüsst hat und bräunliche Verfärbung zeigt; an einzelnen Stellen ist jedoch noch eine deutliche rötliche Verfärbung der Flecke zu konstatieren. An den Beinen sind ebenfalls rote Flecke zu sehen und an den Unterschenkeln vereinzelte linsengrosse, bräunlichrote Infiltrate. Die Fusssohlen zeigen deutliche linsen- bis fünf Pfennigstück grosse papu-

löse Efflorescenzen, besonders fällt rechts ein deutlicher clavus syphiliticus auf.

An den äusseren Genitalien sind spärliche linsen- bis zehn Pfennigstück grosse Papeln zu konstatieren, die sich gleichmässig auf kleine und grosse Labien verteilen, auch in der Nähe des anus sind solche vorhanden, die sich „abgeklatscht“ haben. Ein Leukoderm ist nicht vorhanden.

Hals: Mundschleimhaut frei, dagegen sind die Tonsillen etwas geschwollen und besonders links in der Gegend der hinteren Gaumenbögen einige auf Plaques verdächtige Stellen.

Lungen: Grenzen normal, die unteren gut verschieblich, überall heller Schall und reines vesiculäres Atmen.

Herz: Grenzen normal, Töne rein.

Milz: nicht fühlbar, Leber nicht vergrössert, Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Die oben geschilderten Symptome machten die Diagnose Lues II sicher und da eine andere Eintrittspforte für das syphilitische Virus nicht gefunden werden konnte, musste dieselbe entstanden sein aus dem noch als markstückgrossen, bräunlichen Fleck sichtbaren, extragenital acquirierten Primäraffekt an der rechten Wangenseite.

Patientin machte eine Schmierkur durch; schon nach drei Touren war das Exanthem und die Papeln an den Genitalien fast völlig verschwunden, nur eine Andeutung von Pigmentierung noch vorhanden, während die Narbe an der Wange immer noch sichtbar war. Nach sechs Wochen wurde Patientin als völlig geheilt entlassen; ausser der multiplen Lymphdrüsenschwellung, die aber auch zurückgegangen war, waren keine Zeichen von Lues mehr vorhanden.

Zum Schlusse dieser Arbeit gestatte ich mir Herrn Geheimrat Professor Dr. v. Leube für die gütige Übernahme des Referates, sowie Herrn Professor Dr. Seifert für die freundliche Überlassung der Arbeit und Unterstützung an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Richard Otto Lurz, bayerischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 9. März 1881 zu Untereschenbach (Bezirksamt Hammelburg) als Sohn des Bierbrauereibesitzers Georg Lurz in Gerbrunn. Bis zum 10. Lebensjahr besuchte ich die Volksschule zu Hammelburg und Würzburg; studierte 9 Jahre an den humanistischen Gymnasien zu Metten und Würzburg, bestand das Absolutorium im Juli 1900 am humanistischen neuen Gymnasium in Würzburg. Dann bezog ich die Universität zu Würzburg, um mich dem medizinischen Studium zu widmen. Im 1. Semester diente ich als Einj.-Freiw. im 9. Infanterie-Rgt. „Wrede". Am Ende des 4. Semesters bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich vom 8. März bis zum 13. Juni 1905. Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Professor Dr. Seifert verfasst.